

Pereira, 8 de agosto de 2017

Doctor  
**JUAN PABLO GALLO MAYA**  
Alcalde Municipal  
Pereira Risaralda

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **35888-2017**

Fecha: 08/08/2017-09:45:30

Recibido por: SANDRA MILENA BETANCOURT ARISTIZABAL

Destino: 2.12.2 Subsecretaría de Grupos Vulnerables y  
Programas Especiales

Anexos: 4

**ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACION**

**LIGIA NOHEMY ROJAS** identificada con cedula de ciudadanía N° 29.811.223 de Sevilla Valle, actuando en representación de mi hija **LEYDI JHOANA ROJAS** identificada con cedula de ciudadanía N° 1.093.217.845 de Santa Rosa de Cabal Risaralda, quien no puede actuar en nombre propio puesto que sufre **PARALISIS CEREBRAL**, mediante el presente, en ejercicio del Derecho Fundamental a Presentar Peticiones Respetuosas, me permito solicitar información sobre los siguientes puntos:

- 1- Que programas tiene el municipio de Pereira para la protección de los derechos de las personas en estado de **DISCAPACIDAD**, en particular personas que sufran **PARALISIS CEREBRAL**, como subsidios económicos, de vivienda, entre otros.
- 2- De existir, que entidades se encargan de desarrollarlos.
- 3- Así mismo, que requisitos debo cumplir para hacer parte de los referidos programas.

La anterior solicitud, se realiza en atención a que soy madre de una persona que sufre **PARALISIS CEREBRAL**, así mismo, por los cuidados que requiere permanentemente, no puedo trabajar, por ende, nuestro derecho al mínimo vital se ve truncado, viéndome en la necesidad de acudir a usted, como principal figura administrativa del Municipio de Pereira, con el fin que se me informe como puedo acudir a los beneficios estatales para personas en estado de **DISCAPACIDAD**.

De la presente recibiré notificación en Málaga Parque Industrial Manzana 21 casa 20, teléfono 3175885729 – 3144696024.

Cordialmente,

*Ligia Nohemy Rojas*

**LIGIA NOHEMY ROJAS**

Cedula de ciudadanía N° 29.811.223 de Sevilla Valle



<b>Nombre:</b>	LEYDI JHOANA
<b>Apellidos</b>	ROJAS
<b>Tipo de Documento:</b>	Cédula de Ciudadanía
<b>Número de Documento:</b>	1093217845
<b>Departamento:</b>	Risaralda
<b>Municipio:</b>	Pereira
<b>Área:</b>	2
<b>Ficha:</b>	1011037
<b>Puntaje:</b>	<b>12,55</b>
<b>Fecha de Modificación: (Año/Mes/Día)</b>	2014/11/13
<b>Estado:</b>	VALIDADO

Base Certificada Nacional - Corte: junio de 2017 – sexto corte según Resolución 4743 de 2016

Para cualquier novedad relacionada con la información registrada en la encuesta del Sisbén, por favor comuníquese con la oficina del lugar de su residencia,

Consulte los datos de la oficina más cercana [aquí \(https://www.sisben.gov.co/atencion-al-ciudadano/Paginas/Direccion-administradores.aspx\)](https://www.sisben.gov.co/atencion-al-ciudadano/Paginas/Direccion-administradores.aspx)

De acuerdo con su puntaje, si usted cumple con la normalidad vigente para cada programa, podrá ser potencial beneficiario de:

- REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD
- JOVENES RURALES EMPRENDEDORES



**HISTORIA CLINICA Y EVOLUCION**

NIT: 900554743-6

<b>ROJAS</b>		<b>No. 1093217845</b>
<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Nombre</b>
		<b>LEIDY JOHANA</b>
<b>Servicio</b>		

DIA	MES	AÑO	
29	07	2017	PACIENTE DE 31 AÑOS CONOCIDA EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA CON IDX PARALISIS CEREBRAL, SINDROME CONVULSIVO, INCONTINENCIA DE ESFINTERES, DNT, QUIEN REFIERE LA ACOMPAÑANTE SE ENCUENTRA ESTABLE EN OCACIONES A PRESENTADO FIEBRE POR LO QUE FUE MANEJADA POR MEDICO DE URGENCIAS CON ACETAMINOFEN Y AMOXAL ACTUALMENTE SIN FIEBRE CON ESTREÑIMIENTO SIN OTROS CAMBIOS
			TTO AMB: LEVITIRACETAM 500 MG X 2.
			AL EXAMEN FISICO: ENCUENTRO PACIENTE POSTRADA EN CAMA CON NINGUNA RELACION CON EL MEDIO, HIDRATADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SRIS NO VASOPLEJICA NO TOXICA NO SRIS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, CON DESVIACION DE LA MIRADA, TA 100/65 FR 18 FC 88 T 36,5 SPO2 96% NO IY RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN GALOPES AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ADBOMEN NO MASAS NO MEGALIAS NO DOLOROSO, G/U USUARIA DE PAÑAL PERMANENTE POR INCONTINENCIA DE ESFINTERES, SARCOPENIA GENERALIZADA, CON EXTREMIDADES EN FLEXION ESPASTICA
			PACIENTE CON BARTHEL DE 0, KARNOSFKY 40 QUIEN CONTINUARA EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
			IDX: PARALISIS CEREBRAL (G800) DESNUTRICION CRONICA (N43X) INCONTINENCIA DE ESFINTERES (R32,R15), CONSTIPACION (K590)
			CONDUCTA: VISITA MEDICA DOMICILAIRIA 1 VEZ POR MES # 1 TERAPIA FISICA DOMICILIARIA 2 VECES POR SEMANA # 8 TERAPIA DE LENGUAJE DOMICILAIRIA 2 VECES POR SEMANA # 8 TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILAIRIA 2 VECES X SEMANA # 8 TIENE FORMULACION VIGENTE SE REALIZA CTC DE PAÑALES PARA 6 MESES A PARTIR DEL 29 DE JULIO DE 2017 POR CONSTIPACION CRONICA SE INDICA INICIAR BISACODIL 5 MG CADA 12 HORAS

1150  
10/07/2017  
10/07/2017

*James Gómez Duque*  
  
 James Gómez Duque Med. General  
 C.C. 9957269, Reg. M. 761064  
 Jan 7610

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 29.811.223

ROJAS

APELLIDOS

LIGIA NOHEMY

NOMBRES

*Ligia Rojas*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1959

SANDONA  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-1979 SEVILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ABEL BANCHEZ TORRES



A-2428600 00406405-F-0029811223-20121019 0031446403A 1 30288725

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO  
**1.093.217.845**

ROJAS  
APELLIDOS

LEYDI JHOANA  
NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1985**

**SANDONA**  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.55** **B+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**01-OCT-2007 SANTA ROSA DE CABAL**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

BOICE DERECHO

REGISTRADURAS NACIONALES



P-0408600-70185151-F-3060217845-20071024 00555 072971 02 23669473



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	08 de agosto de 2017	<b>Número de radicado:</b>	35888
<b>Tipo de documento:</b>	DERECHOS DE PETICION	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	LIGIA NOHEMY ROJAS		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD	<b>Tiempo de respuesta (días):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	4
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	GUILLERMO CARLOS PEREZ CORAL - Auxiliar Administrativo	<b>Copia a:</b>	-

